

Hipertensão Arterial: Definição e Classificação*

Nos termos da alínea c) do n.º 2 do artigo 2.º do Decreto Regulamentar n.º 66/2007, de 29 de maio, na redação dada pelo Decreto Regulamentar n.º 21/2008, de 2 de dezembro, a Direção-Geral da Saúde, por proposta do Departamento da Qualidade na Saúde, emite a seguinte

■ I – NORMA

1. O diagnóstico de hipertensão arterial (HTA) define-se, em medição de consultório, como a elevação persistente, em várias medições e em diferentes ocasiões, da pressão arterial sistólica (PAS) igual ou superior a 140 mmHg e/ou da pressão arterial diastólica (PAD) igual ou superior a 90 mmHg, conforme quadro em Anexo.
2. A hipertensão arterial classifica-se em três graus, correspondendo o grau 1 a hipertensão arterial ligeira, o grau 2 a hipertensão arterial moderada e o grau 3 a hipertensão arterial grave, conforme quadro em Anexo.
3. Os profissionais de saúde registam nos processos clínicos os valores de pressão arterial (PA) avaliados em cada situação clínica e classificam-na nos termos da presente Norma.
4. No quadro abaixo assinalam-se os limites de

referência da pressão arterial para o diagnóstico de hipertensão arterial**, de acordo com o tipo de medição realizado (Quadro I).

5. As exceções à presente Norma são fundamentadas clinicamente, com registo no processo clínico.
6. Esta Norma revoga a Circular Normativa n.º2/DGS/DGCG, de 31/03/2004.

■ II – CRITÉRIOS

- a) Esta definição de hipertensão arterial é válida para pessoas de idade igual ou superior a 18 anos, que não sujeitas a tratamento farmacológico anti-hipertensor e que não apresentem patologia aguda concomitante.
- b) Para efeitos de classificação nos termos do número dois da presente Norma, conforme tabela em Anexo, quando as pressões arteriais sistólica e diastólica estiverem em diferentes categorias, considerar-se-á a categoria do valor mais elevado.
- c) Para o diagnóstico de hipertensão arterial, é necessário que a pressão arterial se mantenha elevada nas medições realizadas em, pelo menos, duas diferentes consultas, com um intervalo mínimo entre elas de uma semana.

d) Como regra, o intervalo entre consultas poderá ser tanto maior quanto mais próximos da normalidade estejam os valores de pressão arterial.

e) Em cada consulta deve medir-se a pressão arterial, pelo menos, duas vezes, com um intervalo mínimo, entre elas, de dois minutos, sendo registadas no processo clínico as médias aritméticas da pressão arterial sistólica e da pressão arterial diastólica.

f) A medição da pressão arterial deve obedecer às seguintes premissas:

- i. ambiente acolhedor;
- ii. ser realizada sem pressa;
- iii. doente sentado e relaxado;
- iv. bexiga vazia;
- v. não ter fumado nem ingerido estimulantes uma hora antes;
- vi. membro superior desnudado;
- vii. uso de braçadeira de tamanho adequado;
- viii. medição sistemática no membro superior em que foram detetados valores mais elevados da pressão arterial.

g) Devem ser registados os dados da pressão arterial, a braçadeira utilizada, a hora da medição e, ainda, alguma circunstância particular, como *stress*, febre ou agitação.

h) A hipertensão sistólica isolada (HSi) define-se com valores de pressão arterial PAS \geq 140 mmHg e de PAD $<$ 90 mmHg, conforme quadro em Anexo.

i) Para além da avaliação da pressão arterial, os profissionais de saúde avaliam o risco cardiovascular global. Este depende não apenas dos graus de hipertensão, mas também da coexistência de outros fatores de risco, lesões dos órgãos alvo e doenças concomitantes.

j) De acordo com os valores encontrados, a pres-

Quadro I

Tipo de Medição	PAS (mmHg)	PAD (mmHg)
Consultório	140	90
24 horas (MAPA)	Global (24 horas)	125-130
	- período do dia (07-23h)	130-135
	- período da noite (23-07h)	120
Automedição no domicílio	130-135	85

* Norma da Direção-Geral da Saúde n.º 020/2011 (emitida em 28/09/2011) para os médicos do Sistema Nacional de Saúde. Disponível, em versão integral, em www.dgs.pt.

** Propostas pelas Sociedades Europeias de Cardiologia (www.escardio.org) e de Hipertensão (www.eshonline.org).

são arterial (PA) deve ser reavaliada com a seguinte periodicidade:

- i. se PA < 130/85 mmHg, reavaliar em dois anos;
 - ii. se PA 130-139 / 85-89 mmHg, reavaliar dentro de um ano;
 - iii. se PA 140-159 / 90-99 mmHg, confirmar dentro de dois meses;
 - iv. se PA 160-179 / 100-109 mmHg, confirmar dentro de um mês;
 - v. se PA ≥ 180/110 mmHg, avaliar e iniciar tratamento imediatamente, ou avaliar dentro de uma semana, de acordo com o quadro clínico.
- k) Uma pessoa que esteja a receber tratamento farmacológico anti-hipertensor, considera-se à partida como hipertensa, independentemente dos seus valores tensionais.
- l) Quando há dúvida se uma pessoa é hipertensa, suspende-se progressivamente a medicação, garantindo-se uma vigilância apertada dos valores tensionais.
- m) A medição da pressão arterial poderá ser complementada com medições ambulatoriais, seja a automedicação da pressão arterial ou a medição ambulatoria da pressão arterial em 24 horas, sempre que clinicamente justificado. Estas abordagens estão especialmente indicadas quando valores tensionais elevados coexistem com a ausência de lesões no órgão-alvo, diabetes *mellitus* ou doença renal crónica.
- n) Na monitorização da hipertensão arterial também se procede à avaliação do risco cardiovascular.

■ III – AVALIAÇÃO

- a) A avaliação da implementação da presente Norma é contínua, executada a nível local, regional e nacional.
- b) A parametrização dos sistemas de informação para a monitorização e avaliação da implementação e impacte da presente Norma é da responsabilidade das administrações regionais de saúde e das direções dos hospitais.
- c) A efetividade da implementação da presente

Norma nos cuidados de saúde primários e nos cuidados hospitalares e a emissão de diretivas e instruções para o seu cumprimento é da responsabilidade dos conselhos clínicos dos agrupamentos de centros de saúde e das direções clínicas dos hospitais.

- d) A Direção-Geral da Saúde, através do Departamento da Qualidade na Saúde, do Programa Nacional de Prevenção das Doenças Cardiovasculares e da Administração Central do Sistema de Saúde, elabora e divulga relatórios de progresso de monitorização.
- e) A implementação da presente Norma é monitorizada e avaliada através dos seguintes indicadores e que constam nos bilhetes de identidade que se encontram em anexo à presente Norma e dela fazem parte integrante:
 - i. % pessoas adultas inscritas com diagnóstico de hipertensão arterial;
 - ii. % pessoas adultas hipertensas vigiadas, sem complicações, com pressão arterial controlada;
 - iii. % pessoas adultas hipertensas vigiadas, com complicações, com pressão arterial controlada.

■ IV – FUNDAMENTAÇÃO

- a) Na maioria dos casos, desconhece-se a causa final da hipertensão arterial e é, por isso, denominada como hipertensão arterial essencial.
- b) As doenças cardiovasculares continuam a ser, em Portugal, a principal causa de morte, sendo responsáveis por 32% do total dos óbitos. Mais especificamente, em 2006, a mortalidade proporcional por doenças cerebro vasculares foi de 14%, por doença isquémica cardíaca de 8% e por outras doenças do aparelho circulatório 11%. Acresce que, segundo o estudo português “The PAP study”, 21% da população em Portugal tem excesso de peso e 16% são obesos, 20% são fumadores (INS 2005-2006: 29% sexo masculino, 11% feminino) e 42% têm hipertensão arterial. Em 2010, e segundo os dados publicados no relatório anual do Observatório Nacional da Diabetes, nas pes-

soas com diabetes tipo 2, 76% dos doentes têm prescrição de fármacos anti-hipertensores e 56% de fármacos antilipídémicos.

- c) A hipertensão arterial é o fator de risco mais prevalente na população portuguesa e por consequência, apesar de ser simples o seu diagnóstico, este deve obedecer a um processo criterioso e rigoroso de avaliação, diagnóstico e classificação.
- d) A hipertensão arterial, como doença crónica que é, necessita da terapêutica e vigilância continuada no tempo, sendo importante não esquecer que a interrupção da terapêutica, absoluta ou intermitente, pode associar-se a um agravamento da situação clínica, embora, num grande número de casos, a hipertensão arterial evolua de uma forma benigna e seja fácil de controlar.

■ V – APOIO CIENTÍFICO

- a) Mário Espiga de Macedo (coordenação científica), Carlos Silva Vaz (coordenação executiva), Carlos Canhota, Evangelista Rocha, Luís Duarte Costa, Paula Alcântara, Pedro Marques da Silva.
- b) A presente Norma foi visada pela Presidência da Comissão Científica para as Boas Práticas Clínicas.
- c) A versão de teste da presente Norma vai ser submetida à audição de:
 - i. Associação Portuguesa dos Médicos de Clínica Geral;
 - ii. Sociedade Portuguesa de Cardiologia;
 - iii. Sociedade Portuguesa de Hipertensão Arterial;
 - iv. Sociedade Portuguesa de Medicina Interna;
 - v. Coordenação do Programa Nacional de Prevenção e Controlo das Doenças Cardiovasculares.
- d) A presente Norma foi elaborada pelo Departamento da Qualidade na Saúde da Direção-Geral da Saúde e pelo Conselho para Auditoria e Qualidade da Ordem dos Médicos, ao abrigo de protocolo entre a Direção-Geral da Saúde e a Ordem dos Médicos, no âmbito da melhoria da Qualidade no Sistema de Saúde.

- e) Foram subscritas declarações de interesse de todos os peritos envolvidos na elaboração da presente Norma.
- f) Durante o período de audição só serão aceites comentários inscritos em formulário próprio disponível no site desta Direção-Geral, acompanhados das respetivas declarações de interesse. ■

BIBLIOGRAFIA

- British Cardiac Society; British Hypertension Society; Diabetes UK; HEART UK; Primary Care Cardiovascular Society; Stroke Association. JBS 2: Joint British Societies "guidelines on prevention of cardiovascular disease in clinical practice". Heart 2005; 91 Suppl 5: v1-52.
- Diaz JDG, Herraiz CG. Diagnóstico del riesgo cardiovascular asociado a la arteriosclerosis. In: Núñez-Cortés JM, ed. Medicina Cardiovascular. Arteriosclerosis. Tomo II. Barcelona: Masson S.A., 2005: 1497-1512.
- Giuseppe Mancia, Stephane Laurent, Enrico Agabiti-Rosei, Ettore

- Ambrosionid, Michel Burnier, Mark J. Caulfield, Renata Gifkova , Denis Clementh, Antonio Coca, Anna Dominiczak, Serap Erdine, Robert Fagard, Csaba Farsang, Guido Grassi, Hermann Haller, Anthony Heagerty, SverreE.Kjeldsen, Wolfgang Kiowski, JeanMichelMallion, Athanasios Manolis, Krzysztof Narkiewicz, Peter Nilsson, Michael H. Olsenw,Karl Heinz Rahn, Josep Redon, Jose Rodicio, Luis Ruilope,Roland E. Schmieder, Harry A.J. Struijker-Boudier, Pieter A. van Zwieten, Margus Viigimaa and Alberto Zanchetti. Reappraisal of European guidelines on hypertension management: a European Society of Hypertension Task Force document. Hypertension 2009, 27:2121-2158.
- Graham I, Atar D, Borch-Johnsen K, Boysen G, Burell G, Gifkova R, Dallongeville J et al. European guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice: full text. Fourth Joint Task Force of the European Society of Cardiology and other societies on cardiovascular disease prevention in clinical practice (constituted by representatives of nine societies and by invited experts). Eur J Cardiovasc Prev Rehabil 2007; 14 (Suppl 2): S1-113.
- Mancia G, De Backer G, Dominiczak A, Gifkova R, Fagard R, Germano G, Grassi G, Heagerty AM, Kjeldsen SE, Laurent S, Narkiewicz K, Ruilope L, Rynkiewicz A, Schmieder RE, Struijker

- Boudier HA, Zanchetti A. 2007 Guidelines for the Management of Arterial Hypertension: The Task Force for the Management of Arterial Hypertension of the European Society of Hypertension (ESH) and of the European Society of Cardiology (ESC).J Hypertens 2007; 25:1105-1187.
- Mário Espiga Macedo, Maria J. Lima, António O. Silva, Paula Alcântara, Vítor Ramalinho e José Carmona. Prevalence, awareness, treatment and control of hypertension in Portugal: the PAP study. Journal of Hypertension, 2005; 23: 1661-1666.
- Norma de Orientação Clínica Diagnóstica: o que requisitar, como e quando, em 44 problemas clínicos comuns. CEMBE, 2010; 63,64.
- O risco de morrer em Portugal. DGS, Lisboa 2006.
- Pedro Marques da Silva. Cálculo de risco cardiovascular global: um instrumento em evolução. Rev Port Card. 2010; 29 (suplIII): 75-88.
- Relatório Anual de 2010 do Observatório Nacional da Diabetes, Portugal. 2010; 32.
- The Sixth Report of the Joint National Committee on Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure (JNC VI). Arch Intern Med. 1997; 157: 2413-2446.

ANEXO

Definição e classificação dos níveis da pressão arterial em adultos (idade igual ou superior a 18 anos).

Categoria ¹	Pressão Arterial sistólica (mmHg)		Pressão Arterial diastólica (mmHg)
Ótima	<120	e	<80
Normal	120-129	e/ou	80-84
Normal-Alta ²	130-139	e/ou	85-89
Hipertensão arterial (HTA) ³			
Grau 1 (HTA ligeira)	140-159	e/ou	90-99
Grau 2 (HTA moderada)	160-179	e/ou	100-109
Grau 3 (HTA grave)	≥180	e/ou	≥110
Hipertensão Sistólica isolada (HSI) ⁴	≥ 140	e	<90

1 - Esta classificação é válida para adultos com 18 ou mais anos de idade que não tomem fármacos anti-hipertensores e não apresentem nenhum processo patológico agudo concomitante. Quando as pressões arteriais sistólica e diastólica estejam em diferentes categorias considera-se a categoria do valor mais elevado.

2 - As pessoas com pressão arterial normal-alta têm risco cardiovascular mais elevado comparativamente às que apresentam uma pressão arterial ótima (risco relativo de 2.5 na mulher e 1.6 no homem).

3 - Valores médios de duas medições, realizadas em pelo menos três consultas, após a deteção inicial de valores elevados de pressão arterial.

4 - A HSI classifica-se também em graus de 1 a 3, segundo os seus valores de pressão arterial sistólica e com idênticos escalões aos da hipertensão arterial.